

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL**



**“IMPACTO DE LA TERAPIA ANSIOLÍTICA EN LOS PACIENTES  
QUIRÚRGICOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL  
VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2014”**

**Tesis previa a la obtención del título de  
Especialista en Cirugía General**

**AUTOR:**

Md. TAPIA GUDIÑO JOHNNY AMILCAR

**DIRECTOR:**

Dr. JEOVANNY HOMERO REINOSO NARANJO

**ASESOR:**

Dr. MANUEL ISMAEL MOROCHO MALLA

**CUENCA – ECUADOR**

**2016**



## RESUMEN

**Objetivo General:** Determinar el impacto de la terapia ansiolítica en los pacientes quirúrgicos del Servicio de Cirugía General del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014.

**Método:** Ensayo Clínico Aleatorizado en 103 pacientes que fueron sometidos a cirugía programada en el Hospital Vicente Corral Moscoso, los pacientes fueron diagnosticados mediante el uso del State-Trait Anxiety Inventory -Self Evaluation Questionnaire (STAI) de ansiedad, se utilizó la terapia ansiolítica: alprazolam 0,5 mg en única dosis; posteriormente se evaluó nuevamente la prevalencia de ansiedad y el impacto de la medicación en el dolor, temperatura, tensión arterial, frecuencias cardíaca y respiratoria; además de la estancia hospitalaria y la utilidad de disponer de información sobre la cirugía; los datos se tabularon en el programa SPSS versión 15 y se presentan en tablas simples, para el contraste pre y post operatorio se usó chi cuadrado para variables cualitativas y t-students para variables cuantitativas.

**Resultados:** Se obtuvo una reducción significativa de la ansiedad post quirúrgica hasta un nivel de 18,4%; además el tratamiento ansiolítico modificó estadísticamente ( $p < 0,05$ ) las siguientes variables: el dolor post operatorio, la frecuencia cardíaca (reducción) y la frecuencia respiratoria (reducción); no así la estancia hospitalaria ( $p > 0,05$ ); el impacto en la reducción de la ansiedad post quirúrgica fue mayor en la población más joven (5,9%), mujeres (16,4%); solteros (8,7%); nivel de instrucción superior (10%); sin cirugías previas (14,5%); sin información sobre la cirugía (16,7%) y sometidos a cirugía traumatológica (12,5%). La media de puntaje de ansiedad que se puede reducir con la terapia ansiolítica es de 2,68 puntos ( $p=0,00$ ).

**Conclusiones:** La terapia ansiolítica en pacientes quirúrgicos es beneficiosa en el control de la ansiedad, recomendando protocolizar su uso.

**Palabras Claves:** ANSIEDAD, ANSIOLITICO, DOLOR, EVALUACION EN SALUD, TERAPEUTICA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA – AZUAY.

## ABSTRACT

**General Objective:** To determine the impact of anxiolytic therapy in surgical patients of General Surgery Vicente Corral Moscoso Hospital, Cuenca 2014.

**Methodology:** Randomized Clinical trial in 103 patients who were undergoing schedule surgery at the Vicente Corral Moscoso Hospital, the patients were diagnosed through the use of the State-Trait Anxiety Inventory- Self Evaluation Questionnaire (STAI) of anxiety, we used anxiolytic therapy: alprazolam 0,5 mg in single-dose; then again the prevalence of anxiety was assessed and the impact of the medication on pain, blood pressure, cardiac and respiratory frequencies; the utility of having information about the surgery and hospital stay; the data was tabulated in the program SPSS version 15 and presented in simple spreadsheets, chi-square for qualitative variables and t-students for quantitative variables were used for the pre and post-operative contrast.

**Results:** A significant reduction up to a level of 18.4% of the post-surgery anxiety was obtained; besides anxiolytic treatment also changed statistically ( $p < 0,05$ ) the following variables: post-operative pain, heart rate (reduction) and respiratory rate (reduction); not so for the hospital stay ( $p > 0,05$ ); the impact on the reduction of post-surgery anxiety was higher in the younger population (5,9%), women (16,4%); singles (8,7%); higher education (10%); without previous surgery (14,5%); without surgery information (16,7%) and subject to trauma surgery (12,5%). The average score of anxiety that can be reduced with anxiolytic therapy is 2, 68 points ( $p=0,00$ ).

**Conclusions:** Anxiolytic therapy is beneficial to control anxiety in surgical patients, recommending formalizing their use.

**Keywords:** ANXIETY, ANXIOLYTIC, PAIN, EVALUATION ON THERAPEUTIC HEALTH, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA – AZUAY.



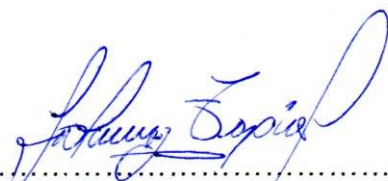
## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
Resumen	2
Abstract	3
Índice de contenidos	4
Derecho de autor	5
Responsabilidad	6
Agradecimiento	7
Dedicatoria	8
Capítulo I	9
1.1. Introducción	9
1.2. Planteamiento del problema	10
1.3. Justificación	12
Capítulo II	14
2. Fundamento teórico	14
Capítulo III	24
3. Hipótesis y Objetivos	24
Capítulo IV	25
4. Diseño metodológico	25
Capítulo V	28
5. Resultados	28
Capítulo VI	37
6. Discusión	37
Capítulo VII	41
7.1 Conclusiones	41
7.2 Recomendaciones	41
Capítulo VIII	43
8. Referencias bibliográficas	43
Capítulo IX	47
9. Anexos	47

### **DERECHO DE AUTOR**

Yo, Md. Tapia Gudiño Johnny Amilcar, autor de la tesis titulada “IMPACTO DE LA TERAPIA ANSIOLÍTICA EN LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2014”; voluntariamente acepto y a su vez reconozco que la Universidad de Cuenca posee el derecho de “publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este un requisito para la obtención del Título de Especialista en Cirugía” basándose en el Art. 5 Literal c. Dejo también constancia que el uso que la Universidad de Cuenca hiciere del presente trabajo de tesis no implicará violación a mis derechos patrimoniales o morales como autor.

Cuenca, 16 de Febrero de 2016



.....  
**Md. Tapia Gudiño Johnny Amilcar**  
**CI. 1002251344**



### RESPONSABILIDAD

Yo, Md. Tapia Gudiño Johnny Amilcar, autor de la tesis titulada “IMPACTO DE LA TERAPIA ANSIOLÍTICA EN LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2014”; certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 16 de Febrero de 2016

.....  
Md. Tapia Gudiño Johnny Amilcar  
CI. 1002251344



## **AGRADECIMIENTO**

A todos quienes ayudaron en la realización de esta tesis, a mi asesor de tesis, mi director gracias por su generosa y desinteresada colaboración y su tiempo.

EL AUTOR



## **DEDICATORIA**

A mis padres, hermanos, amigos, compañeros y maestros, quienes han sido el pilar fundamental en mi formación como persona y como profesional y quienes han hecho posible la realización de esta tesis.

EL AUTOR



---

## CAPITULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

La ansiedad en los pacientes que van a ser sometidos a un proceso quirúrgico es un evento previsible, debe ser comprendida como un estado de incomodidad que en la mayoría de los casos es inespecífico o no conoce el paciente pre quirúrgico; las causas principales que generan esta situación son: las percepciones por parte del paciente de situaciones peligrosas (proceso quirúrgico, anestesia, recuperación), procesos nuevos que el paciente desconoce completamente (proceso de ingreso, actividades dentro de la sala de operaciones, etc.), los cuales aumentan la probabilidad de sufrir un proceso de ansiedad, ahora bien, superada la fase pre y trans quirúrgica, el periodo post quirúrgico resulta igual de estresante, las dudas (sobre el proceso), preocupaciones por las complicaciones etc., generan mayor presión a los pacientes; un nivel de ansiedad es entendible y en cierto punto esperable por parte de los médicos, el problema se genera cuando el nivel de ansiedad supera lo normal y genera cambios en el comportamiento de los pacientes <sup>(1)</sup>

Los procesos ansiosos pueden afectar las funciones del organismo, lo que se expresa en las constantes vitales; por lo que el tema de la ansiedad cobra importancia más aun en el proceso de recuperación donde el paciente se encuentra en un estado psicológico no adecuado, siendo este un factor importante a tomar en cuenta, y resaltando nuevamente que la ansiedad influye en la presentación de indicadores de recuperación tal es el caso del dolor, constantes vitales y estancia hospitalaria <sup>(2)</sup>

Como se ha mencionado, el propio proceso quirúrgico y su carácter estresante son factores que favorecen el desarrollo de la ansiedad, y ésta a su vez puede generar trastornos en las constantes vitales así como en la recuperación de los pacientes afectados; dentro de las alternativas para el manejo de esta patología se encuentra el uso de ansiolíticos, que aunque no se ha protocolizado, es evidente que podrían generar un impacto importante en el manejo y abordaje adecuado de los pacientes ansiosos.

Por lo tanto, el paciente que se encuentra ingresado o que ya ha pasado por el proceso quirúrgico, se encuentra en una situación percibida como amenaza para su vida o su estado de salud. Se trata de un estado emocional que se desencadena como respuesta a un evento desconocido o a su vez que se conoce y posee una experiencia negativa al respecto, y como respuesta a esta realidad se podrían generar respuestas físicas y psicológicas; en base a esta premisa se planteó estudiar 103 pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM) diagnosticados de ansiedad, con el objetivo de evaluar la utilidad del uso de la terapia ansiolítica.

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Barrilero y colaboradores <sup>(3)</sup> y Navas 2008 <sup>(4)</sup> mencionan que la ansiedad en el paciente quirúrgico inicia desde el momento que se le diagnostica la enfermedad hasta después de realizada la cirugía, en el pre-quirúrgico el paciente se llena de dudas y miedos; en el trans-quirúrgico el estrés sucede por situaciones presentes en el ambiente hospitalario, debido a que los procedimientos que involucran un acto anestésico y quirúrgico suelen ser estresantes, lo que provoca que el nivel de ansiedad supere lo normal, motivo por el cual el proceso de atención debería enfocarse directamente a tratar de disminuir este estado ansioso; mediante una preparación psicológica y/o farmacológica del paciente con la finalidad de disminuir la ansiedad, reducir el gasto económico, que es grande para la institución de salud mediante la disminución de estancias hospitalarias, lo que a su vez representa una mejora en la optimización de recursos.

El estado emocional de los pacientes es uno de los indicadores que se deben tomar en cuenta al momento de considerar posibles respuestas inadecuadas en el post operatorio, respuestas como mayor intensidad del dolor, alteración de las constantes biológicas, estancia hospitalaria, etc.; sin embargo esta variable por lo general es pasada por alto, dejando al paciente sin una atención integral; esto ha demostrado ya por ejemplo Robleda y colaboradores <sup>(5)</sup> encontraron en un estudio que la ansiedad pre quirúrgica fue el factor más frecuente con el 72%, además demostraron que la ansiedad aumenta el riesgo de dolor post-operatorio

en un nivel moderado a intenso en 4,6 veces (IC 1,38-15,3); concluyendo que la ansiedad pre quirúrgica debería ser evaluada y controlada pues generaría efectos secundarios en el post operatorio como mayor frecuencia de dolor moderado a severo.

Los pacientes que ingresan para realizarse cirugías electivas son adecuadamente evaluados en el pre quirúrgico tanto por el cirujano como por el anestesiólogo, y todo el equipo médico de la institución garantizando así la cobertura de múltiples variables que de cierta forma aseguran el éxito del procedimiento. Sin embargo, al momento de la cirugía, muchos de los pacientes no están totalmente tranquilos respecto a lo que involucra un acto quirúrgico y esto podría generar sentimientos de ansiedad, temor e inseguridad.

La ansiedad en el preoperatorio puede ser de nivel bajo o elevado, sin embargo se incrementa progresivamente a medida que el proceso quirúrgico se aproxima, obviamente alcanzando su máxima expresión el día de la cirugía, se ha encontrado que la ansiedad aumenta el consumo de medicación y las complicaciones dentro de las cuales el dolor parece ser la más importante <sup>(6)</sup>

Orellana <sup>(7)</sup> en el año 2014, encontró que los niveles de ansiedad son elevados en la población pre quirúrgica en Cuenca alcanzando niveles de 71,4%; lo que es un valor elevado para no tomar acciones, creando un problema de salud; dentro de las intervenciones destinadas a corregir la ansiedad se halla el tratamiento farmacológico, en este caso con el uso de Alprazolam a una dosis de 0,5 mg; dentro del estudio bibliográfico no se encuentra Ensayos Clínicos Contralados que hayan evaluado la eficacia o el impacto de esta terapia en el tratamiento de la ansiedad.

Dentro de las consecuencias de la ansiedad se puede mencionar que: se pueden modificar los signos vitales, existe baja respuesta a las drogas usadas en el proceso anestésico, hay demora en el proceso de cicatrización, menor respuesta del sistema inmunitario y mayor estancia hospitalaria <sup>(8)</sup>

Analizando los aspectos previamente citados se ve la necesidad del abordaje multidisciplinario del paciente quirúrgico y el uso de mecanismos que contribuyan

a la disminución de la ansiedad y el aumento del bienestar del paciente. Por estos motivos nos vemos en la necesidad de plantearnos la siguiente pregunta:

¿Cuál es el impacto de la terapia ansiolítica en los pacientes que son sometidos a cirugías programadas en el departamento de cirugía del H.V.C.M. año 2014?

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

Como se puede observar las consecuencias de una proceso ansioso pre quirúrgico y pos-quirúrgico es evidente, en el año 2015 encontraron en el Hospital José Carrasco Arteaga de la Ciudad de Cuenca que la ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos asciende hasta un 71,4% es decir un valor elevado; y ésta a su vez podría condicionar las consecuencias que hemos mencionado anteriormente <sup>(7)</sup>.

La calidad de atención dentro del sistema de salud, es un parámetro que actualmente presenta mucho interés, pero que lamentablemente son pocas las instituciones que logran alcanzar índices satisfactorios, esto se debe principalmente a que la atención hacia un paciente no tiene un carácter multidisciplinario.

Este análisis fue uno de las razones por las que esencialmente he requerido la investigación dentro de lo que se refiere a la ansiedad pre quirúrgica y postquirúrgica, la cual se presenta en un porcentaje elevado a nivel del servicio de cirugía del Hospital Vicente Corral Moscoso, debido a ello es necesario determinar la mejor opción terapéutica para el control o disminución de la ansiedad y de esta manera lograr un índice de atención de calidad, asimismo se verá reflejado en una mejor predisposición del paciente quirúrgico frente a su enfermedad, además de ofrecer múltiples ventajas dentro del manejo postquirúrgico del paciente.

De igual manera es bien conocido que reducir los niveles de ansiedad, al igual que el manejo del dolor, son factores importantes para disminuir la morbilidad, reducir costos y proporcionar calidad total en la atención a los pacientes.



Los resultados que se obtuvieron de ésta investigación, nos brindan la posibilidad de que los mismos constituyan una base para la realización de protocolos a seguirse dentro de nuestro servicio de cirugía, en donde se determine una terapéutica del paciente quirúrgico en cuanto a su ansiedad y ésta tenga la importancia que merece y que en un futuro se pueda establecer como una conducta a seguir tanto a nivel local como nacional, resultando beneficiados tanto pacientes, como el personal encargado de su cuidado; los resultados se difundirán mediante medios científicos como la Revista de la Universidad de Cuenca y la Facultad de Ciencias Médicas.

El impacto en la salud pública es evidente, al demostrar los beneficios de la terapia farmacológica para el tratamiento de la ansiedad, con lo que se pretende lograr que se cree un cambio en el abordaje de los pacientes con ansiedad; también se pone en evidencia la importancia que tiene realizar un diagnóstico de ansiedad en los pacientes en el periodo pre-quirúrgico, de esta manera se podría reducir las consecuencias de la ansiedad en el periodo post-quirúrgico.

Hay que acotar que el estudio se encuentra dentro de las áreas de investigación del Ministerio de Salud Pública, específicamente en su Área 8: Salud Mental y trastornos del comportamiento; por lo tanto es concordante con las prioridades de investigación en salud del año 2013 al 2017; planteados por esta institución gubernamental <sup>(9)</sup>

## **CAPÍTULO II**

### **2. FUNDAMENTO TEÓRICO**

#### **2.1 Definición**

Una de las definiciones de ansiedad cita que se trata de un evento anticipado como respuesta a un daño potencial que se encuentra próximo a suceder, a esto se suma disforia y síntomas somáticos que indican tensión; la ansiedad concebida como un mecanismo de alerta, que advierte sobre un peligro no se considera una patología pues es necesaria ya que permite al paciente adoptar medidas necesarias para hacer frente a una amenaza o al daño mencionado <sup>(10)</sup>.

Hay que destacar que la ansiedad es una sensación o un estado emocional totalmente normal que se genera en determinadas circunstancias y constituye la respuesta cotidiana a estresores, analizándolo de esta manera es comprensible que la ansiedad se presente en cierto grado en las personas, sin embargo cuando la ansiedad supera los valores normales se convierte en patológica que afecta la esfera física, psicológica y conductual <sup>(10)</sup>.

#### **2.2 Afrontamiento del paciente a un proceso quirúrgico**

Los seres humanos poseen diversas maneras de hacerle frente a las situaciones de estrés o a las enfermedades, en este caso hacerle frente a un proceso quirúrgico, en este sentido se expone el afrontamiento, el mismo que hace referencia a capacidades de los pacientes para resistir las exigencias de un acontecimiento (en este caso el proceso pre, trans y post quirúrgico); dentro de los factores que modifican esta respuesta se encuentran la propia capacidad biológica, los recursos psicológicos que disponga, el entorno en el cual se halla inmerso el paciente (quirófano, sala), autoestima, aspectos culturales, sistemas de apoyo social y familiares, la capacidad intelectual e incluso la religiosidad. <sup>(11, 12)</sup>.

Se pueden establecer los siguientes tipos de afrontamientos:

- **Centrado en los problemas:** este tipo de afrontamiento se centra en ir mejorando la situación que está generando la ansiedad mediante la toma de acciones, esto la interacción entre el paciente con el medio ambiente, esto se logra mediante el uso del apoyo social, positividad, afrontamiento y solución de problemas y la información sobre el evento <sup>(9,10)</sup>.
- **Afrontamiento centrado en la emoción:** se relaciona con el pensamiento o acciones que el paciente adopte para reducir o controlar la ansiedad que es producida por el evento, aquí también juega un papel importante el ambiente pues es uno de los componentes que el paciente no puede modificar, en el caso específico de los pacientes no pueden modificar su entorno al momento de la cirugía pero si pueden tener pensamientos positivos para reducir la ansiedad <sup>(11, 12)</sup>.

La forma en que los pacientes que van a ser sometidos a un proceso quirúrgico será relevante al momento de evaluar su comportamiento en el tras y post operatorio; como se ha mencionado puede generar consecuencias como el aumento del dolor; tal es la importancia del afrontamiento de los pacientes (y sus familiares) ante el proceso quirúrgico que se ha creado la psicoprofilaxis quirúrgica que según Ibarra y Llanos <sup>(13)</sup> es un proceso psicoterapéutico que se implementa, dentro de un esquema interdisciplinario, y consiste en brindar preparación emocional al paciente y a su familia (si fuera necesario), para afrontar una intervención quirúrgica o una enfermedad crónica, con la menor cantidad de secuelas psicológicas y físicas posibles, favoreciendo a una mejor adaptación a la situación pre y post quirúrgica y una mayor conciencia de enfermedad para propiciar los cuidados necesarios.

Hay que considerar que dentro de los miedos de los pacientes está también la confianza en el medico y su equipo, lo cual es un factor importante pues en los servicios públicos de salud por lo general el contacto o el proceso de confianza entre el cirujano y el paciente es corto, generando mayores temores; siendo los objetivos de la psico profilaxis disminuir el probable efecto traumatizante que podría generar el evento (en nuestro caso el proceso pre, trans y post

operatorio); diagnosticar probables patologías psicológicas para abordar su tratamiento, detectar situaciones de riesgo en el paciente, disminuir los días de estancia hospitalaria y contribuir en el cuidado integral y multidisciplinario del paciente que va ser sometido a una intervención quirúrgica <sup>(14)</sup>.

### **2.3 Factores estresantes en hospitalización**

En el proceso de hospitalización desde el ingreso hasta el alta el paciente pasa por distintos lugares y distintas situaciones, en todos ellos se presentan factores estresantes que se definen como: estímulos que causan una situación de tensión y que pueden provenir del entorno en el cual se halla el paciente o de la valoración subjetiva de la situación llevada a cabo por el paciente; resumiendo pueden ser subjetivos u objetivos <sup>(15)</sup>.

Existen algunas clasificaciones de los agentes estresantes como:

- Acontecimientos traumáticos.
- Acontecimientos vitales.
- Contratiempos cotidianos.
- Factores internos de estrés
  - Externalidad del locus de control.
  - Inestabilidad emocional patrón tipo A
  - Índice de reactividad al estrés.
- Factores externos de estrés.
- Factores moduladores.

El paciente conciente de que la intervención quirúrgica se aproxima presenta ansiedad, la cual se presenta en diferente grado, esta ansiedad es causa de múltiples consecuencias en la recuperación ya sea física y/o emocional del paciente; la ansiedad en ocasiones es confundida con estrés sin embargo hay que recordar que el estrés es causa de la ansiedad <sup>(15)</sup>.

Curto y colaboradores, 2011 <sup>(16)</sup>, realizaron un estudio en pacientes sometidos a cirugía urológica, encontrando que los factores ambientales percibidos como más estresantes entre otros fueron dolor (53,84%); tener limitada la movilidad



por la postura quirúrgica (35,89%) y escuchar diferentes ruidos (30,76%); por lo que se recomienda contar con un plan que disminuya la ansiedad y el estrés en esto pacientes, lo que permitiría erradicar conductas percibidas como estresantes, facilitando un entorno más relajado.

## **2.4 Ansiedad en el paciente quirúrgico**

En los pacientes quirúrgicos existe el factor físico que expresa una amenaza que éstos perciben en acciones que son rutinarias en los servicios hospitalarios, en este caso en el servicio de Cirugía; tales incluyen la integridad de la piel, la limitación de la movilidad, la falta o trastornos del sueño y la agresión fisiológica. Otro factor que se debe tomar en cuenta es el psicológico, este factor es vital en el estudio de la ansiedad pues su relación es directa; esta ansiedad se presenta por varios factores como una pérdida en la intimidad, afrontamiento de un proceso que le es desconocido, incertidumbre sobre la patología, sobre el proceso quirúrgico y la recuperación, en este punto hay que sumar también la incertidumbre sobre el proceso anestésico; los factores sociales pueden ser atenuadores si se encuentran consolidados de manera firme, pues la familia y los amigos podrían contribuir mediante su apoyo a reducir la ansiedad; otro factor que aparentemente es beneficioso para la reducción de la ansiedad es la espiritualidad <sup>(1.)</sup>

El nivel de ansiedad que se experimenta en un proceso quirúrgico es de nivel variable, dentro de los factores que influyen están (a parte de los mencionados) el grado de dificultad de la cirugía, la gravedad de la patología que genera la cirugía, el periodo preoperatorio en su duración y como sea llevado por el paciente, la estancia hospitalaria, en este factor a mayor días de estancia hospitalaria la probabilidad de que el paciente sufra un proceso de adaptación es mayor, en este caso la ansiedad disminuiría. <sup>(1)</sup>

Navas 2008<sup>(4)</sup> en su estudio sobre los niveles de ansiedad encontró que el sexo más afectado fue el masculino, la población de entre 60 años hasta los 80 años, de estado civil casados y en los que fueron sometidos a cirugía general; el solo hecho de una indicación de tratamiento quirúrgico aumenta los niveles de

ansiedad en el periodo pre-operatorio como hemos mencionado siendo menor en el sexo femenino, así también se evidenció que la ansiedad post-quirúrgica tiende a disminuir, aunque no se especifica el valor.

Este estudio estableció diferencias entre los grupos de estudio, sin embargo en la parte vital que es la diferencia entre la ansiedad pre y post quirúrgica no arrojó resultados estadísticamente significativos. <sup>(4)</sup>

Orellana 2014 <sup>(7)</sup> en un estudio en la Ciudad de Cuenca, encontró que la prevalencia de ansiedad en el periodo pre quirúrgico se ubicó en 71,4% con un intervalo de confianza entre 65% a 76%; este autor también encontró que existe una necesidad importante en el 66,4% de información sobre los procesos quirúrgicos y anestésicos, siendo los niveles de ansiedad más elevados (grados 4 y 5) en un 11,3%; la ansiedad fue más frecuentemente encontrada en la población de mujeres, en esta población la probabilidad de ansiedad fue de 4,53; en los pacientes con edades menores a los 50 años de 2,95 veces y en la población sin experiencia previa de anestesia de 1,03 (en este caso  $p > 0,05$ )

Castro y colaboradores 2012 <sup>(17)</sup> en un estudio en la Ciudad de Quito encontraron que la prevalencia de ansiedad se ubicó en 7,2% que a criterio de los autores requiere valoración especializada por un profesional; además mencionan que los casos de ansiedad probables se incrementa un 25% lo que indica que los pacientes en su periodo peri-operatorio se hallan afectadas y este factor debería considerarse en cuenta al momento de realizar el proceso anestésico y quirúrgico.

Naranjo y Salazar 2012 <sup>(18)</sup> en un estudio de casos controles llevado a cabo en la Ciudad de Quito, encontraron una frecuencia de ansiedad del 60,2%; en este estudio los autores no encontraron relación estadísticamente significativa entre las variables demográficas y la ansiedad; pero si en lo que hace referencia a la visita pre anestésica que se comporta como factor protector ( $p = 0,00046$ )

Además mencionan que los factores demográficos tal es el caso de la edad, el sexo, la escolaridad no poseen un grado de influencia en los niveles de ansiedad;

exponen que los pacientes presentan un nivel mayor de preocupación por el proceso quirúrgico más que por el anestésico. <sup>(18)</sup>

León y Salazar 2007 <sup>(19)</sup> mencionan que un proceso patológico, de cualquier índole, ocasiona que los pacientes aumenten su nivel de ansiedad y sufrimiento; encontrando en su estudio en pacientes de cirugía cardiológica que la ansiedad es provocada por un conjunto de estresores o estímulos que tienen origen tanto en el exterior como interior que el paciente los toma como amenazas, en esta situación otro factor a considerar es la personalidad y los recursos que éste posee para su adaptación al proceso quirúrgico; la ansiedad provoca respuesta a nivel físico como por ejemplo: aumento del dolor, aumento de la frecuencia respiratoria, aumento de la frecuencia cardíaca, miedo, entre otros.

Roas y colaboradores 2011 <sup>(20)</sup> en un estudio en pacientes sometidos a cirugía bariátrica encontraron que mediante el uso de la herramienta STAI-E (similar a la que se usó en este trabajo de investigación) se encontró una disminución de 2,5 puntos entre la valoración pre quirúrgica y la post quirúrgica; con la herramienta STAI-R la reducción de puntaje fue mayor (7 puntos); a pesar de evidenciar un descenso en los puntajes estos resultados no fueron estadísticamente significativos

Groot y colaboradores 1997 <sup>(21)</sup> encontraron en una población de pacientes sometidos a cirugía lumbar que la ansiedad se asocia con el dolor lumbar y fatiga en el periodo pre quirúrgico; uno de los factores que se deben considerar al momento de analizar la ansiedad fue la información que el paciente recibió en el pre quirúrgico; mientras que el periodo post quirúrgico hay que considerar las dolencias físicas como causa de ansiedad

## **2.5 Impacto de la ansiedad en la recuperación**

Escamilla 2005 <sup>(8)</sup> menciona que la ansiedad puede retrasar el proceso de recuperación, resalta que a pesar de que el proceso quirúrgico resuelve una patología del paciente también puede generar otra tal es el caso de la ansiedad, esto a su vez según este autor también aumenta la carga emocional que si se

suma a los eventos traumáticos anteriores a la cirugía podrían derivar en un estado ansioso permanente.

Este autor <sup>(8)</sup> también expone que los pacientes para hacerle frente al proceso que está pasando acuden a los recursos emocionales que poseen,; en este periodo cierto nivel de ansiedad es de esperarse pues los pacientes son realistas de su situación de salud y tratan de adaptarse; pero cuando un paciente a pesar de la afrontación presenta ansiedad en niveles elevados puede generar consecuencias como aumento de la presión arterial, de la frecuencia cardiaca, la respuesta a drogas anestésicas podría verse afectada, el proceso de cicatrización podría alargarse, inmunosupresión y el periodo de estancia hospitalaria puede ser más largo; también pueden encontrarse trastornos del sueño siendo el insomnio el más importante, agresividad, como consecuencia del nivel del dolor aumentado, el uso de analgésicos aumentaría y por último acciones o actitudes no adecuadas en el cuidado de la enfermedad se han reportado en el paciente ansioso.

Cardoso y colaboradores 2006 <sup>(22)</sup> mencionan que existe una relación directa entre los niveles de cortisol con la ansiedad, esto se basa en que los pacientes que poseen puntajes elevados de ansiedad (Estado-Rango) tienen un nivel elevado o mayor de cortisol en la saliva siendo este un motivo para que su recuperación sea inadecuada en comparación con los pacientes sin ansiedad.

Rojas y Azevedo 2013 <sup>(23)</sup> mencionan que ante una intervención quirúrgica se desencadenan en el paciente diversas emociones, entre las cuales se encuentran la ansiedad y el estrés; aspectos que repercuten en la óptima evolución y recuperación del paciente en la estancia hospitalaria.

## **2.6 Presentación clínica de ansiedad**

Según Castro y Alberdi 2013 <sup>(24)</sup> los Criterios para el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada son:

- Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una gran cantidad de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- El paciente no logra controlar el estado ansioso.
- La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (en los niños sólo se requiere uno de ellos), algunos de los cuales han persistido más de 6 meses:
  - Inquietud o impaciencia.
  - Fatigabilidad fácil.
  - Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
  - Irritabilidad.
  - Tensión muscular.
  - Alteraciones del sueño.

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos derivados de la ansiedad pueden generar en realidad una afectación clínicamente evidenciable y significativa; además hay que considerar que existe un menoscabo en la esfera social, laboral y en otras actividades de los pacientes. <sup>(24)</sup>

## **2.7 Valoración de la ansiedad**

### **2.7.1 Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)**

Según Fonseca y colaboradores 2012 <sup>(25)</sup> tras estudiar este cuestionario mencionan que los puntajes de la herramienta State-Trait Anxiety Inventory, STAI poseen adecuadas y ajustadas propiedades psicométricas, esto se ha demostrado con el cálculo de alfa de Cronbach de 0,93; lo que es un buen indicador, analizando la estructura interna del test mediante el uso de un proceso de ecuaciones internas estructurales arrojó una posible solución de tres o cuatro dimensiones. Encontrando diferencias estadísticamente significativas en los puntajes promedios de ansiedad rasgo en función de las variables edad y género; siendo estos resultados similares a los encontrados en otras

bibliografías, concluyendo que esta herramienta resulta ser breve y bastante útil para la valoración de ansiedad.

Otro estudio, específicamente un metaanálisis llevado a cabo por Guillén y Buela 2014 <sup>(26)</sup> encontraron que existen diferencias estadísticamente significativas entre los componentes ansiedad rasgo y ansiedad estado; la fiabilidad del cuestionario para pacientes con algún trastorno de ansiedad abarcó un Alfa de Cronbach entre 0,87 a 0,93; como resumen del metaanálisis determinaron que el STAI es un cuestionario muy sensible para la determinación de ansiedad y fiable en los pacientes diagnosticados de crisis de angustia, trastorno general de ansiedad entre otros.

El Cuestionario S.T.A.I. posee dos escalas separadas de autoevaluación que miden conceptos independientes de la ansiedad, la primera escala mide el estado y la segunda mide el rasgo, siendo posible obtener puntuaciones separadas para cada escala <sup>(27)</sup>

- Escala Ansiedad Estado (A/E): Se concibe como “un estado emocional transitorio del paciente, que se caracteriza por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad” <sup>(10)</sup>.
- Escala Ansiedad Rasgo (A/R): Señala una relativa propensión ansiosa en su personalidad por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir situaciones amenazadoras. <sup>(27)</sup>

El S.T.A.I. posee una consistencia interna entre 0.90 - 0,93 (A/E) y entre 0.84 – 0.87 (A/R); la fiabilidad es de 0.94 (A/E) y 0,86 (A/R). <sup>(27)</sup>

#### Puntuación A/E –A/R

Las puntuaciones A/E – A/R pueden variar de un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 60 puntos, consta de 40 ítems divididos en dos sub-escalas con 20 ítems cada uno. Los sujetos son quienes se auto aplican este cuestionario,

responden a las preguntas en una escala que va de 0 – 3 puntos en cada elemento. <sup>(27)</sup>

## 2.8 Tratamiento de la ansiedad

Según Gordillo y colaboradores 2011 <sup>(1)</sup> se debe considerar los siguientes aspectos en el tratamiento de la ansiedad en pacientes quirúrgicos:

- Tratar de manera individualizada los trastornos de ansiedad en los pacientes quirúrgicos. Mediante el uso de protocolos estandarizados de actuación, se incluiría a los pacientes en estados ansiosos, evitando su exclusión y obviamente dejándolos sin tratamiento; o en su defecto, utilizar herramientas de detección de ansiedad con la mejor sensibilidad y especificidad posibles y validadas en nuestra población.
- La comunicación de los profesionales de la salud y el paciente es un punto crítico, se debe ser preciso, efectivo e inocuo al momento de brindar la información evitando tergiversaciones.
- Es importante que el paciente sea incluido y participe en el proceso de su recuperación; determinando adecuadamente la localización del locus del paciente de esta manera se logrará optimizar al máximo la terapia que vaya a recibir, en caso de que sea requerida para reducir o eliminar los niveles elevados de ansiedad.
- Brindar un ambiente hospitalario adecuado y brindar la información clara sobre la cirugía o enfermedad.
- La información que los pacientes reciben sobre el proceso no es siempre efectiva para reducir la ansiedad en el plazo corto, pero esta información hacia los pacientes, familiares y al círculo de apoyo que rodea al paciente potencia las intervenciones que se vayan aplicar durante la estancia hospitalaria y la prevención el día que se dé el alta al paciente.

En lo referente a la administración de ansiolíticos, López y colaboradores 2010 <sup>(28)</sup> mencionan que los beneficios de las benzodiazepinas se pueden y deben aprovecharse en los pacientes quirúrgicos; muy en especial en los cuales el diagnóstico de esta patología se ha llevado a cabo adecuadamente.



Generalmente se administra horas antes de la cirugía (2 horas) esta medida disminuye la ansiedad en los pacientes. Sin embargo su uso no está protocolizado y depende de cada institución.

### **CAPITULO III**

#### **3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

##### **3.1 Hipótesis**

Existe un impacto positivo de la terapia ansiolítica en los pacientes quirúrgicos del Servicio de Cirugía General del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014.

##### **3.2 Objetivos**

###### **3.2.1 Objetivo general**

Determinar el impacto de la terapia ansiolítica en los pacientes quirúrgicos del Servicio de Cirugía General del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014.

###### **3.2.2 Objetivos específicos**

1. Describir las características clínicas del grupo de estudio: edad, sexo, tipo de cirugía, dolor, y signos vitales (Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria, Temperatura)
2. Determinar la frecuencia de ansiedad postquirúrgica.
3. Determinar el impacto de la terapia ansiolítica en el post operatorio.



## CAPITULO IV

### 4. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 4.1 Tipo de estudio

El presente estudio es un ECA (ensayo clínico aleatorizado) simple ciego.

#### 4.2 Universo y muestra

**4.2.1 Universo:** El universo fueron los pacientes que acudieron durante el periodo de estudio al Servicio de Cirugía en el Hospital Vicente Corral Moscoso, mayores de los 18 años y que fueron intervenidos quirúrgicamente.

**4.2.1 Muestra:** Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó el programa EPIDAT 4.0, se consideró una proporción esperada en la población pre quirúrgica de 72% <sup>(5)</sup> y en la población post quirúrgica del 50% (al desconocerse la frecuencia que se esperaba determinar) con un nivel de confianza de 95% y una potencia de 89,5%.

El tamaño de la muestra a estudiar es de 103 pacientes.

Los pacientes pre quirúrgicos serán aquellos que ingresarán al servicio de Cirugía del Hospital Vicente Corral Moscoso provenientes desde la consulta externa para ser intervenidos de cirugía mayor programada al día siguiente.

#### 4.3 Variables en estudio

## **Jerarquización de variables**

**4.3.1 Variable dependiente:** ansiedad post quirúrgica, niveles de dolor, signos vitales.

**4.3.2 Variables independientes:** Terapia ansiolítica.

**4.3.3 Variables intervinientes:** Edad, sexo y tipo de cirugía.

**4.3.4 Operacionalización de variables** ((Ver anexo 9.4)

## **4.4 Criterios de inclusión**

- Todos los pacientes que acudieron al servicio de cirugía del Hospital Vicente Corral Moscoso, igual o mayores de 18 años y que fueron intervenidos quirúrgicamente en forma electiva. Intervenciones de cirugía mayor.
- Pacientes que por voluntad propia decidieron participar en el estudio y firmen la carta de consentimiento informado.

## **4.5 Criterios de exclusión**

- Paciente con patología quirúrgica ingresados por el servicio de emergencia del hospital.
- Pacientes con tratamiento psiquiátrico, consumo de tóxicos (drogas, alcohol) y medicamentos que alteren los resultados del estudio.
- Pacientes con comorbilidades ( HTA, diabetes)

## **4.6 Métodos e instrumentos de recolección de datos**

1. Se recolectaron los datos por medio del cuestionario S.T.A.I., aplicado a los pacientes quirúrgicos, el mismo que contiene preguntas de percepción individual para todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión antes mencionados.

2. Se consideró paciente quirúrgico a aquel paciente que acudió al servicio de cirugía proveniente del área de consulta externa y que fue intervenido quirúrgicamente.

3. Luego de la aplicación del cuestionario de STAI se obtuvo el grupo de estudio correspondiéndose con 103 pacientes con ansiedad pre quirúrgica, a estos pacientes se les brindó terapia ansiolítica, es decir se les administró, Alprazolam a una dosis de 0.50 mg, 08 horas antes de la intervención quirúrgica.
4. Posterior al acto quirúrgico se aplicó nuevamente del cuestionario de S.T.A.I a todos los pacientes del grupo de estudio.

#### **4.7 Aspectos éticos**

El presente estudio consideró los aspectos fundamentales de la ética para garantizar la seguridad de los pacientes. Se informó en detalle el propósito de la investigación para lo cual el paciente firmó el consentimiento informado. Los pacientes fueron informados sobre los beneficios y el mecanismo de acción del ansiolítico y se les comunicó además posibles efectos secundarios y su manejo en caso que sucedieran, la información fue manejada única y exclusivamente para motivos de investigación.

#### **4.8 Análisis de datos**

Se elaboró una base de datos en el programa SPSS versión 15, la frecuencia de las variables se presentan en tablas simples o gráficos de sectores; para la comparación pre y post terapia ansiolítica se usaron los valores de t-student para una muestra y valor de p, con un nivel de significancia del 95%.

## CAPITULO V

### 5. RESULTADOS

#### 5.1 Cumplimiento del estudio

Se recolectaron los datos de los pacientes seleccionados, 103 pacientes que dieron positivo al test de ansiedad y que prosiguieron con el estudio y el grupo de pacientes que no obtuvieron un diagnóstico de ansiedad no prosiguieron con el estudio en vista de que fue innecesario a esta población administrar un medicamento ansiolítico a sabiendas que no poseen ansiedad, es así como se presentan a continuación la descripción de los hallazgos encontrados.

#### 5.2 Características generales de la población.

Tabla 1. Distribución de 103 pacientes con ansiedad del hospital Vicente Corral Moscoso según características de la población, Cuenca 2015.

Variable		n=103	%=100
Edad	<= 30 años	34	33,0
	31 - 45 años	34	33,0
	46 - 60 años	29	28,2
	61 y más años	6	5,8
Sexo	Masculino	48	46,6
	Femenino	55	53,4



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Estado civil	soltero	23	22,3
	casado	66	64,1
	unión libre	10	9,7
	divorciado	4	3,9
Nivel de estudios	primaria	47	45,6
	secundaria	44	42,7
	superior	10	9,7
	ninguno	2	1,9
Tipo de cirugía	Abdominal	60	58,3
	Traumatológica	32	31,1
	Urológica	7	6,8
	Neurocirugía	4	3,9
Antecedente de cirugía previa	Si	20	19,4
	No	83	<b>80,6</b>
Información recibida sobre la cirugía	Si	43	41,7
	No	60	<b>58,3</b>

$\bar{X}$ = 38,72 años

Desviación estándar= 14,14 años

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Md. Johnny Tapia

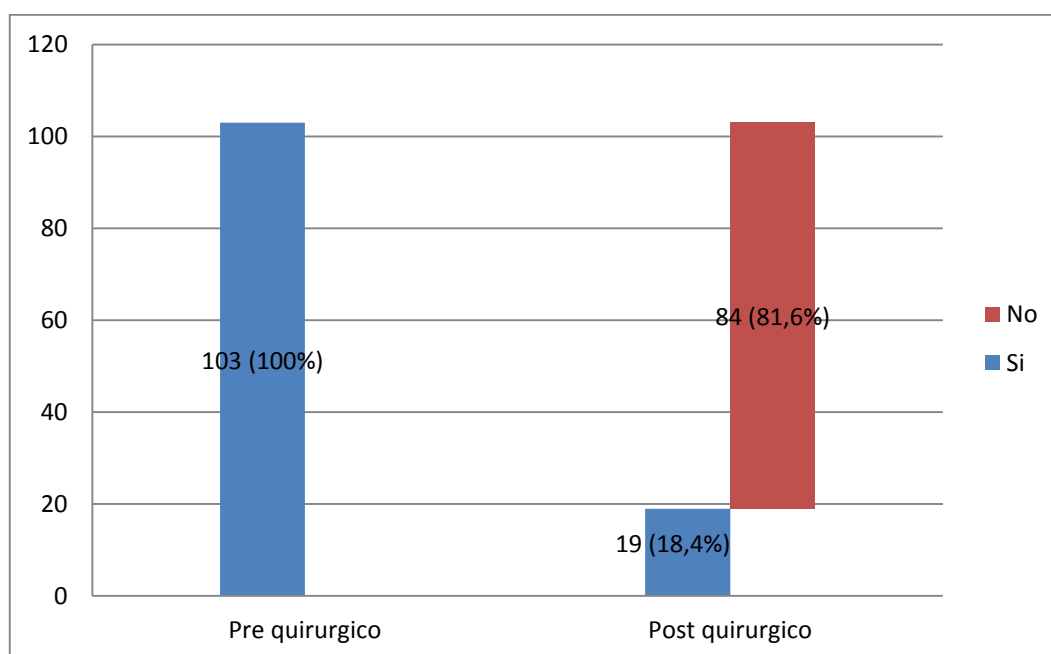
Se agrupó la variable edad en 4 clases, siendo las más frecuentes con igual porcentaje (33%) los pacientes menores o iguales a los 30 años y los del grupo de entre 31 y 45 años; ubicando la media en 38,72 años y una desviación estándar de 14,14 años; por ultimo en el 53,4% de los casos la población fue de sexo femenino. En el 64,1% de los casos fueron casados y el nivel de instrucción primaria fue el más frecuente.

El tipo de cirugía más frecuentemente presentó ansiedad fue la abdominal con un 58,3%; seguido de la traumatológica con el 31,1%; también se pueden observar que la cirugía urológica y la neurocirugía presentaron porcentajes menores.

Como antecedente de cirugía previa el 80,6% de la población. La mayoría de la población, es decir el 58,3% mencionó que la información que dispone de la cirugía es insuficiente.

### 5.3 Valoración de ansiedad pre quirúrgica y post quirúrgica

Gráfico 1. Distribución de 103 pacientes con ansiedad del hospital Vicente Corral Moscoso según ansiedad pre y post quirúrgica, Cuenca 2015.



Fuente: Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Md. Johnny Tapia

Como se ha mencionado se seleccionaron 103 casos con ansiedad pre quirúrgica y tras la administración única de un ansiolítico se puede observar que la ansiedad en el post operatorio desciende de un 100% a un valor de 18,4%.

## 5.4 Resultados de la intervención

### 5.4.1 Ansiedad post quirúrgica

Tabla 2. Distribución de 103 pacientes con ansiedad del hospital Vicente Corral Moscoso según frecuencia de ansiedad post quirúrgica, Cuenca 2015.

Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
SI	19	18,4
NO	84	81,6
Total	103	100,0

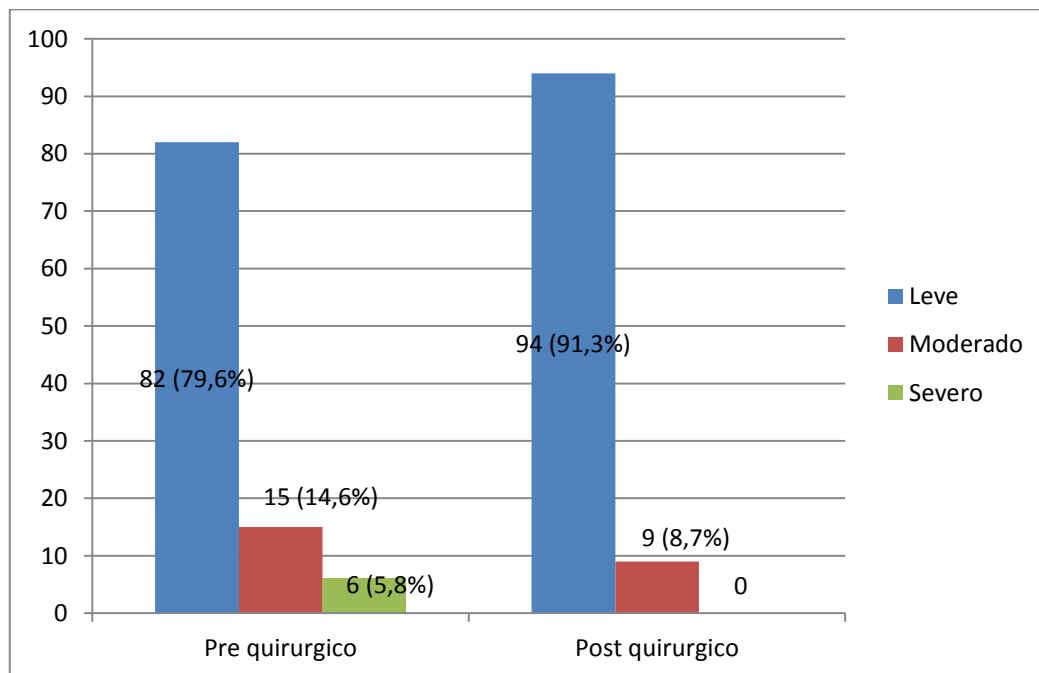
Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Md. Johnny Tapia

La prevalencia de ansiedad en el post quirúrgico fue del 18,4%.

### 5.4.2 Dolor

Gráfico 2. Distribución de 103 pacientes con ansiedad del hospital Vicente Corral Moscoso según valoración del dolor, Cuenca 2015.





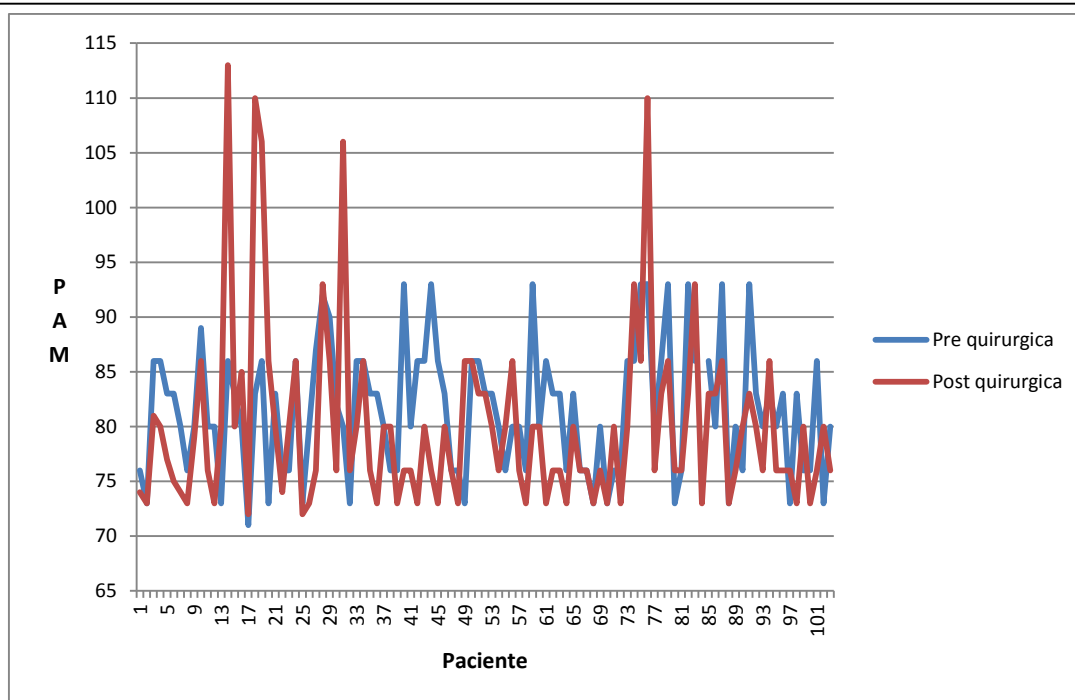
Fuente= Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Md. Johnny Tapia

El dolor fue valorado en el pre y post quirúrgico, encontrando que las mayores variaciones se hallan en el dolor severo donde en el pre quirúrgico existía una prevalencia de 5,8% y siendo nula en el post quirúrgico.

#### **5.4.3 Presión arterial media**

Gráfico 3. Distribución de 103 pacientes con ansiedad del hospital Vicente Corral Moscoso según variaciones en la PAM pre y post quirúrgica, Cuenca 2015.





$\bar{X}$  PAM pre quirúrgica= 81,50 mmHg

Desviación estándar PAM pre quirúrgica= 5,86 mmHg

$\bar{X}$  PAM post quirúrgica= 80,03 mmHg

Desviación estándar PAM post quirúrgica= 8,21 mmHg

T-Student= 1,78

p= 0,77

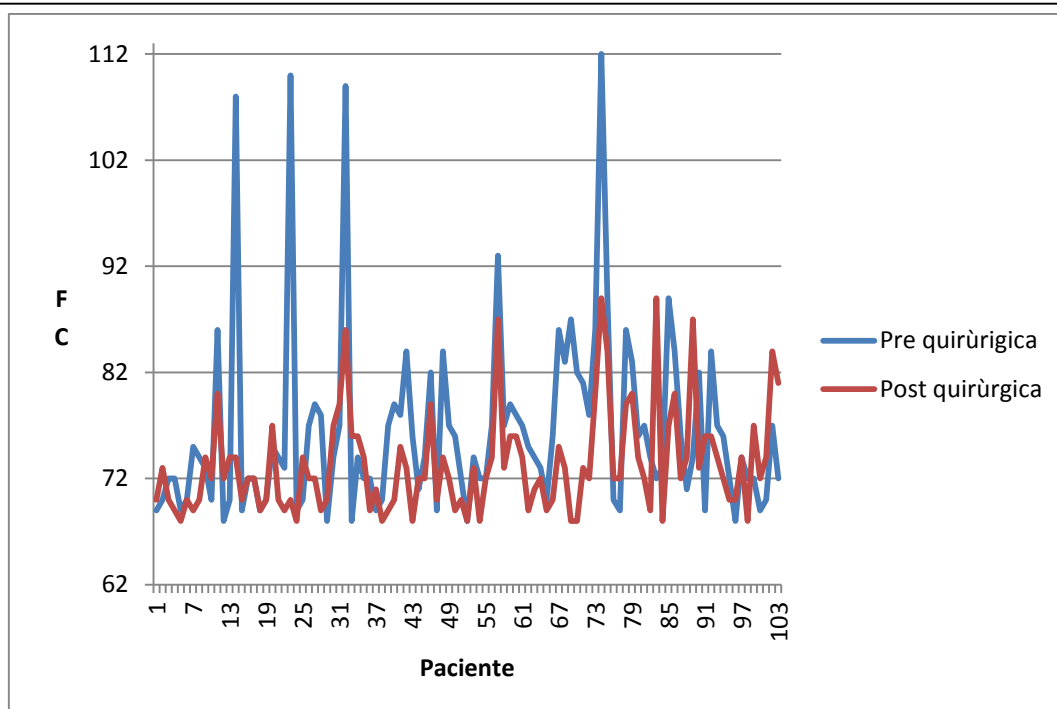
Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Md. Johnny Tapia

Se analizan los puntajes de PAM, se puede observar que la variación pre y post quirúrgica es mínima 1,4 mmHg; existiendo mayores picos en la valoración post quirúrgica; la prueba t-students para contraste de las medias no fue significativa ( $p > 0,05$ ); por lo tanto la terapia ansiolítica parece no modificar los valores de TA media.

#### 5.4.4 Frecuencia cardiaca

Gráfico 5. Distribución de 103 pacientes con ansiedad del hospital Vicente Corral Moscoso según variaciones en la frecuencia cardiaca pre y post quirúrgica, Cuenca 2015.



$\bar{X}$  FC pre quirúrgica= 76,52 lpm

Desviación estándar FC pre quirúrgica= 8,71 lpm

$\bar{X}$  FC post quirúrgica= 73,38 lpm

Desviación estándar FC post quirúrgica= 4,84 lpm

T-Student= 4,11

p= 0,00

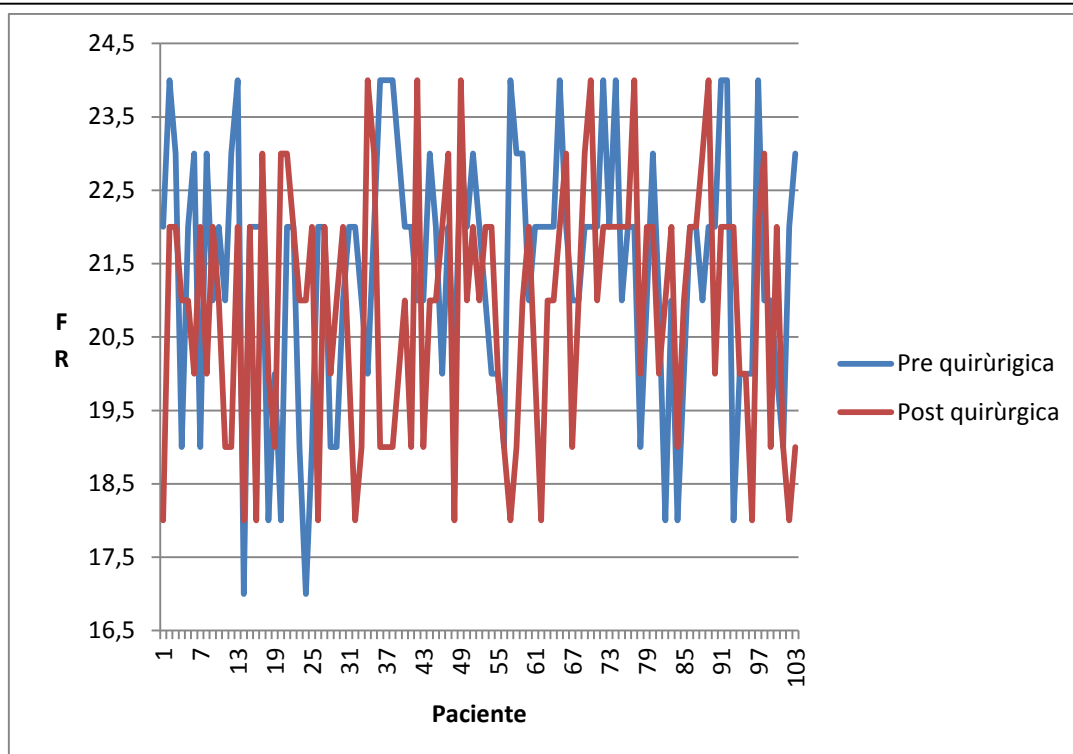
Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Md. Johnny Tapia

Las diferencias encontradas entre la frecuencia cardiaca pre y post quirúrgica fueron significativas estadísticamente según los valores de t-students y p calculados, asumiendo esta variación al uso de medicación ansiolítica.

#### 5.4.5 Frecuencia respiratoria

Gráfico 6. Distribución de 103 pacientes con ansiedad del hospital Vicente Corral Moscoso según variaciones en la frecuencia respiratoria pre y post quirúrgica, Cuenca 2015.



$\bar{X}$  FR pre quirúrgica= 21,42 rpm

Desviación estándar FR pre quirúrgica= 1,7 rpm

$\bar{X}$  FC post quirúrgica= 20,92 rpm

Desviación estándar FR post quirúrgica= 1,67 rpm

T-Student= 2,19

p= 0,031

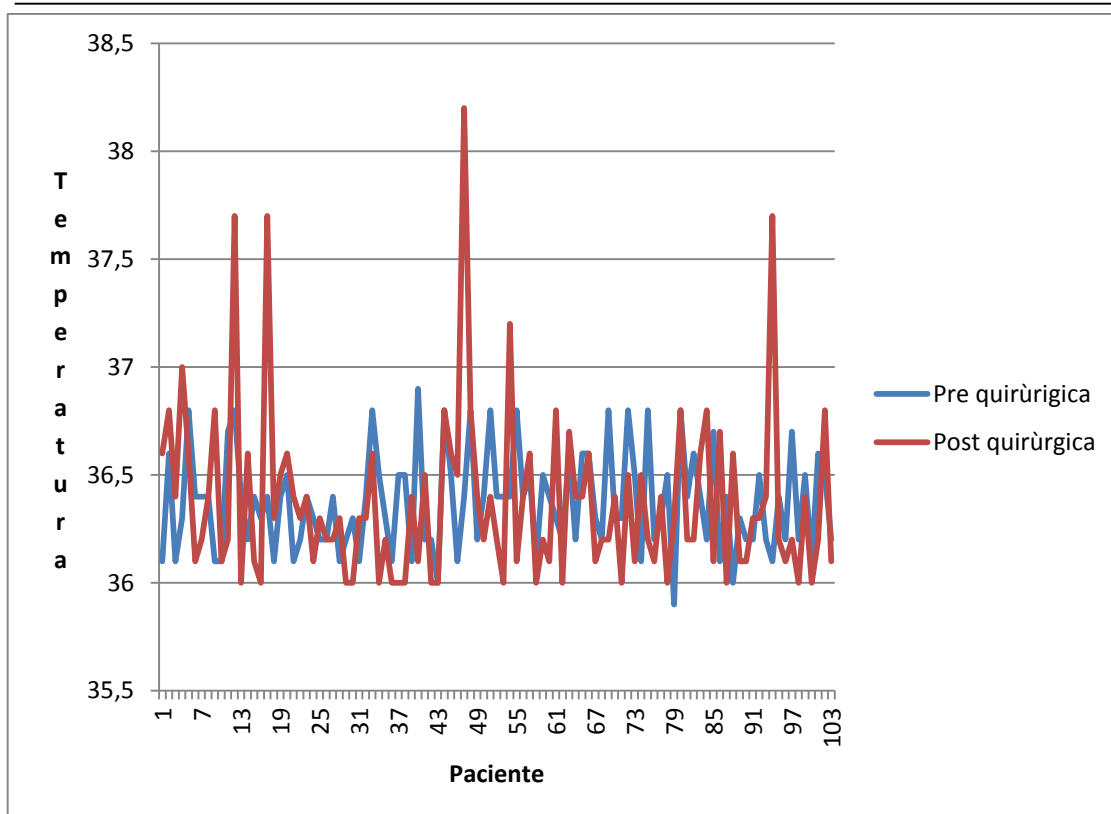
Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Md. Johnny Tapia

Las diferencias entre la frecuencia respiratoria en el pre y post quirúrgico fueron estadísticamente significativas; lo que se atribuye a la terapia ansiolítica llevada a cabo.

### 5.5.6 Temperatura

Gráfico 7. Distribución de 103 pacientes con ansiedad del hospital Vicente Corral Moscoso según variaciones en la temperatura pre y post quirúrgica, Cuenca 2015.



$\bar{X}$  temperatura pre quirúrgica= 36,37 °C  
Desviación estándar temperatura pre quirúrgica= 0,23 °C

$\bar{X}$  temperatura post quirúrgica= 36,37 °C  
Desviación estándar temperatura post quirúrgica= 0,39 °C  
T-Student= 0,91  
p= 0,92

Fuente: Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Md. Johnny Tapia

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los valores de temperatura pre y post quirúrgica; existiendo mayores picos en las valoraciones post quirúrgicas.

## 5.5 Tiempo de hospitalización de los pacientes

Tabla 3. Distribución de 103 pacientes con ansiedad del hospital Vicente Corral Moscoso según tiempo de hospitalización, Cuenca 2015.



Tiempo de hospitalización	Frecuencia	Porcentaje
<= 3 días	69	<b>67</b>
Mayor a 3 días	34	<b>33</b>
Total	103	100,0

$\bar{X}$  = 3,80 días

Desviación estándar = 1,26 días

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Md. Johnny Tapia

El 67% de los pacientes sometidos al proceso quirúrgico permanecieron hospitalizados periodos de tiempo menores o iguales a los 3 días; sin embargo la media se ubicó en 3,80 días.

## 5.6 Variaciones del dolor según edad

Tabla 4. Distribución de 103 pacientes con ansiedad del hospital Vicente Corral Moscoso según variaciones del dolor y edad, Cuenca 2015.

Variable	Pre quirúrgico*			Post quirúrgico**		
	Leve	Moderado	Severo	Leve	Moderado	Severo
<b>EDAD</b>						
<= 30 años	30 (88,2%)	4 (11,8%)	0	34 (100)	0	0
31 - 45 años	25 (73,5%)	7 (20,6%)	2 (5,9%)	31 (91,2%)	3 (8,8%)	0
46 - 60 años	22 (75,9%)	4 (13,8%)	3 (10,3%)	25 (86,2%)	4 (13,8%)	0
61 y más años	5 (83,3%)	0	1 (16,7%)	4 (66,7%)	2 (33,3%)	0

\*  $p = 0,35$

\*\*  $p = 0,03$

Fuente= Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Md. Johnny Tapia

Según edad, en el grupo de pacientes leve es donde más diferencias porcentuales se pudo observar, pues en el pre quirúrgico el porcentaje de pacientes con dolor moderado fue de 11,8% y en el post quirúrgico del 0%; en relación a otras edades también se pueden observar variaciones, en especial en el grupo de edad de 61 años y más donde el dolor severo en el pre quirúrgico fue de 16,7% y del 0% en el post quirúrgico. Según edad las diferencias entre los niveles de dolor solo fueron significativas en el post quirúrgico.

## 5.7 Variaciones del dolor según sexo

Tabla 5. Distribución de 103 pacientes con ansiedad del hospital Vicente Corral Moscoso según variaciones del dolor y sexo, Cuenca 2015.

Variable	Pre quirúrgico			Post quirúrgico		
	Leve	Moderado	Severo	Leve	Moderado	Severo
<b>SEXO</b>						
Masculino	34 (70,8%)	11 (22,9%)	3 (6,3%)	44 (91,7%)	4 (8,3%)	0
Femenino	48 (87,3%)	4 (7,3%)	3 (5,5%)	50 (90,9%)	5 (9,1%)	0

\*  $p= 0,07$

\*\*  $p= 0,89$

Fuente= Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Md. Johnny Tapia

El sexo masculino presentó mayor frecuencia de dolor severo en el pre quirúrgico; al igual que dolor moderado; y como hemos revisado en el post quirúrgico el dolor severo no se presentó



## 5.8 Resumen de las variaciones de constantes biológicas

Tabla 6. Distribución de 103 pacientes con ansiedad del hospital Vicente Corral Moscoso según variaciones de constantes biológicas según edad, sexo, cirugías previas e información general sobre la cirugía. Cuenca 2015.

Variable	PAM pre		PAM post		FC pre		FC post		FR pre		FR post		Temp pre		Temp post	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
<b>EDAD</b>																
<= 30 años	81,68	6,45	78,21	5,25	74,44	5,96	72,59	3,81	21,65	1,63	21,03	1,74	36,38	0,2	36,4	0,36
31 - 45 años	80,12	5,23	78,53	6,18	75,47	5,32	72,47	3,5	21,44	1,81	20,88	1,61	36,36	0,24	36,32	0,4
46 - 60 años	82,24	5,61	80,72	7,55	78,21	10,44	75,1	6,41	21,45	1,42	21,07	1,62	36,38	0,24	36,35	0,38
61 y más años	84,5	6,53	95,5	17,16	86,17	18,77	74,67	6,25	19,83	2,31	19,83	1,94	36,26	0,27	36,66	0,54
<b>SEXO</b>																
Masculino	81,44	5,8	80,96	8,78	77,48	8,98	74,21	5,4	21,77	1,6	20,79	1,63	36,39	0,26	36,42	0,42
Femenino	81,56	5,9	79,22	7,67	75,69	8,47	72,65	4,21	21,11	1,73	21,04	1,72	36,35	0,19	36,33	0,36
<b>CIRUGÍAS PREVIAS</b>																
SI	80,35	5,3	80,9	10,2	75,9	12,3	72	4,2	21,05	1,79	21,45	1,31	36,37	0,19	36,35	0,39
NO	81,78	5,99	79,82	7,7	76,67	7,7	73,71	4,9	21,51	1,68	20,8	1,7	36,37	0,24	36,38	0,4
<b>INFORMACIÓN SOBRE LA CIRUGÍA</b>																
SI	82,02	5,69	80,47	7,99	76	9,1	73,19	5,34	21,28	1,63	21,23	1,64	36,34	0,24	36,44	0,52
NO	81,13	6,01	79,72	8,42	76,9	8,4	73,52	4,49	21,52	1,77	20,7	1,68	36,39	0,21	36,33	0,27

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Md. Johnny Tapia

Las variaciones de las constantes biológicas medidas en este grupo poblacional no presentaron diferencias significativas; en la PAM la mayor variación se dio en los pacientes de 61 años y más; según sexo no se registraron diferencias importantes; tampoco en la variable de cirugías previas tampoco en la información recibida sobre el procedimiento.

## 5.9 Análisis de la ansiedad post quirúrgica

### 5.9.1 Características demográficas y ansiedad

El análisis se lleva a cabo considerando la ansiedad post quirúrgica, hay que tomar en cuenta que este nivel de ansiedad es el resultado de la ansiedad inicial (100%) menos el impacto de la intervención ansiolítica.

Tabla 7. Distribución de 103 pacientes con ansiedad del hospital Vicente Corral Moscoso según ansiedad y características demográficas, Cuenca 2015.

VARIABLE	Ansiedad		Sin ansiedad		Chi cuadrado	P
	n	%	n	%		
EDAD						
<= 30 años	2	5,9	32	94,1	10,9	0,012
31 - 45 años	5	14,7	29	85,3		
46 - 60 años	9	31	20	69		
61 y más años	3	50	3	50		
SEXO						
Masculino	10	20,8	38	79,2	0,34	0,56
Femenino	9	16,4	46	83,6		
ESTADO CIVIL						
Soltero	2	8,7	21	91,3	4,18	0,24
Casado	13	19,7	53	80,3		
Unión libre	2	20	8	80		
Divorciado	2	50	2	50		
NIVEL DE INSTRUCCIÓN						
Primaria	12	25,5	35	74,5	4,8	0,18
Secundaria	5	11,4	39	88,6		
Superior	1	10	9	90		
Ninguno	1	50	1	50		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Md. Johnny Tapia



Se observa que la ansiedad post quirúrgica fue mayor en los pacientes de 61 años y más con el 50%; sin embargo hay que observar que la frecuencia de este grupo es pequeña (6 pacientes) por lo que se debía analizar también el grupo de 46-60 años donde la ansiedad se presentó en un 31%; ahora analizando positivamente se observa que la terapia ansiolítica tuvo mayor impacto en los pacientes con edades menores o iguales a los 30 años con un 94,1% de pacientes sin ansiedad tras la intervención; por otro lado también observamos que los mayores beneficiados fueron los pacientes de sexo femenino, los casados y los que presentaron un nivel de instrucción superior; únicamente en el caso de la edad los resultados fueron estadísticamente significativos.

### 5.9.2 Cirugías previas, información recibida, tipo de cirugía y ansiedad

Tabla 8. Distribución de 103 pacientes con ansiedad del hospital Vicente Corral Moscoso según ansiedad y características de la cirugía, Cuenca 2015.

VARIABLE	Ansiedad		Sin ansiedad		Chi cuadrado	p
	n	%	n	%		
CIRUGÍAS PREVIAS						
SI	7	35	13	65	4,5	0,03
NO	12	14,5	71	85,5		
INFORMACIÓN						
SI	9	20,9	34	79,1	0,3	0,58
NO	10	16,7	50	83,3		
TIPO DE CIRUGÍA						
Abdominal	12	20	48	80	1,44	0,69
Traumatológica	4	12,5	28	87,5		
Urológica	2	28,6	5	71,4		
Neurocirugía	1	25	3	75		

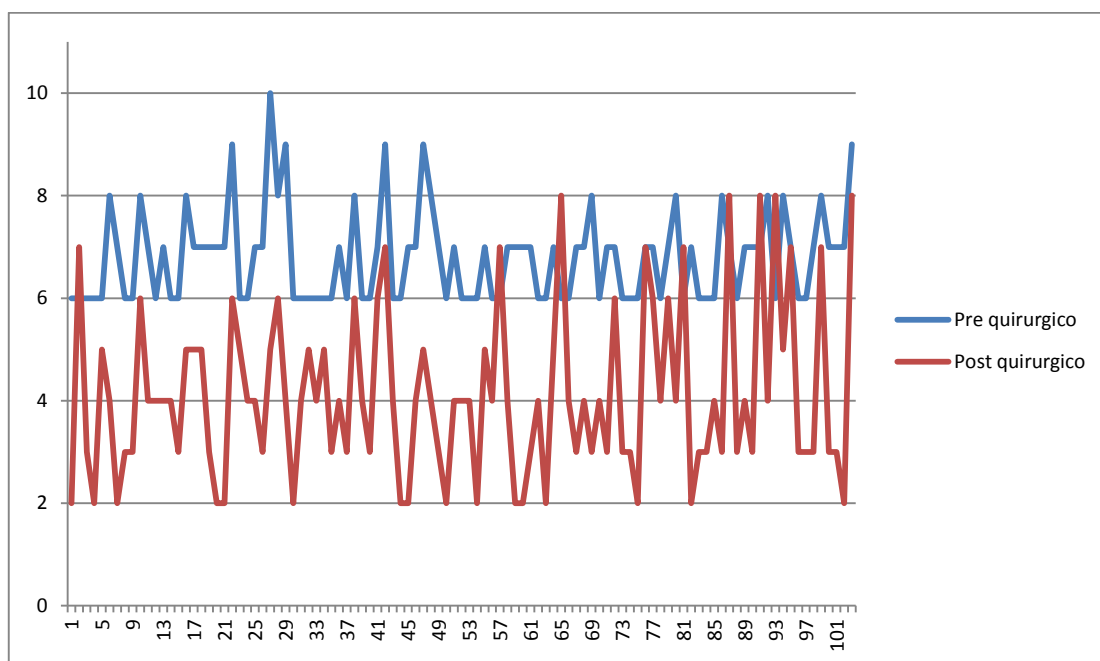
Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Md. Johnny Tapia

Se evidencio que el impacto de la terapia ansiolítica fue mayor en los pacientes que no habían tenido cirugías previas con el 85,5%; en pacientes que no recibieron información sobre su enfermedad o cirugía y en los pacientes sometidos a cirugía de tipo traumatológica con el 87,5%; únicamente la variable cirugía previa fue estadísticamente significativa.

### 5.10 Impacto de la terapia ansiolítica en la ansiedad post quirúrgica

Gráfico 9. Distribución de 103 pacientes con ansiedad del hospital Vicente Corral Moscoso según variaciones en la temperatura pre y post quirúrgica, Cuenca 2015.



$\bar{X}$  ansiedad pre quirúrgica= 6,8 puntos

Desviación ansiedad temperatura pre quirúrgica= 0,901 puntos

$\bar{X}$  ansiedad post quirúrgica= 4,11 puntos

Desviación estándar ansiedad post quirúrgica= 1,64 puntos

T-Student= 16,71

$p= 0,00$

Fuente= Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Md. Johnny Tapia

### Contraste de hipótesis

En base a la revisión de las tablas anteriores y en especial de la última presentada en este documento, se puede contrastar la hipótesis: se acepta la hipótesis alterna en relación al tratamiento, ya que se logró el objetivo de reducir la ansiedad post quirúrgica significativamente ( $p=0,00$ ) de un 100% hasta un 18,4%; la terapia ansiolítica redujo significativamente ( $p < 0,05$ ) los siguientes



indicadores: dolor, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria; en las demás estimaciones se acepta la hipótesis nula es decir el tratamiento ansiolítico no logra una reducción estadísticamente significativa de HTA y temperatura.

## CAPÍTULO VI

### 6. DISCUSIÓN

Partiendo de la premisa que el paciente en todo momento debe ser visto como un ser integral se planteó este estudio para observar el comportamiento de 103 pacientes con ansiedad pre-quirúrgica ante el proceso quirúrgico al cual fueron sometidos, las situaciones de estrés de hospitalización; se introdujo en este grupo el uso de una dosis única de un ansiolítico (Alprazolam 0,5 mg) y su posterior valoración tomando en cuenta variables biológicas como los signos vitales y la propia ansiedad post-quirúrgica.

Es evidente que el proceso quirúrgico es un factor estresante para los pacientes, en el análisis de estos pacientes se encontró una media de los puntajes del cuestionario S.T.A.I para ansiedad en 6,8 puntos (DE= 0,9 puntos) mientras que la variación en el post operatorio (tomando en cuenta la intervención) fue de 4,11 puntos (DE= 1,64 puntos); por lo tanto, claramente se evidencio un impacto positivo en la reducción de la ansiedad pre y post operatorio ( $p < 0,05$ ); por lo que al parecer la terapia con una sola dosis de ansiolítico resulta beneficioso para los pacientes en los cuales su situación inicial fue la ansiedad.

Es evidente que existen muchas alternativas al momento de analizar el tratamiento de la ansiedad en el proceso quirúrgico, la mayoría se enfoca en la oportunidad de los pacientes de estar bien informados, mejorar las características ambientales de los pacientes, mejorar la comunicación médico-paciente <sup>(1)</sup>; sin embargo aún no se establece un protocolo claro sobre el uso rutinario de medicación ansiolítica, aunque resulta lógico el uso de esta medicación en pacientes con un nivel de ansiedad pre-quirúrgica, parecer ser que faltaban estudios sobre la utilidad o el impacto de estas acciones.

Cuantitativamente se redujo la ansiedad en un 81,6% (de un 100% inicial hasta un valor de 18,4% en el post operatorio); lo que se traduce en un importante beneficio para los pacientes.

Este estudio demuestra el impacto en la reducción de la ansiedad post quirúrgica, por lo que se debe considerar su uso de manera rutinaria; otro factor en el cual se vio importante el impacto de la terapia ansiolítica fue el dolor, pues se redujo en el post-quirúrgico en un 100% el dolor severo, sin presentarse este nivel en el post operatorio; claro que no se controlaron otras variables que podrían influir en este resultado pero es claro que la terapia ansiolítica influye en la disminución del dolor; en un metaanálisis llevado a cabo por Smith y Pittaway <sup>(28)</sup> no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable de la estancia hospitalaria, esta valoración se hizo mediante los criterios clínicos en la población que fue sujeto de medicación ansiolítica pre-quirúrgica.

Smith y Pittaway <sup>(28)</sup> en un metaanálisis que incluyó 7 estudios con 1313 pacientes en total encontraron que en 3 de estos estudios no hubieron diferencias con respecto al placebo versus el tratamiento ansiolítico, mientras que en 4 trabajos de investigación, usaron valoraciones clínicas y de la función psicomotora como pruebas de la recuperación anestésica.<sup>(28)</sup>

En el estudio del metaanálisis, se demuestra que la medicación en el periodo pre-quirúrgico no parece retrasar el alta del paciente, a pesar de que en algunos casos la función psicomotora fue inadecuada o deficiente; esta deficiencia fue mayor en la población en la cual se usó midazolam o diazepam; lo que probablemente si retrase el alta hospitalaria. En los estudios en los cuales se usaron únicamente criterios clínicos, ninguno demostró que el retraso en el alta se deba a la medicación. <sup>(28)</sup>

Como se puede observar, el metaanálisis que mencionamos acoge muchos estudios y es uno de los más grandes llevados a cabo; no establece claramente un beneficio de la terapia ansiolítica (no existió diferencias con el placebo); tampoco hallaron diferencias en lo que respecta al alta; esta situación también se replicó en nuestra población donde los pacientes con alta más temprana (menor o igual a 3 días) presentaron un 14,5% de ansiedad vs el 26,5% en pacientes con periodos de alta más tardíos. <sup>(28)</sup>

Otro estudio llevado a cabo por Witte y Alegret 2002 <sup>(30)</sup> encontró que los puntajes de ansiedad presentaron una reducción significativa al ingresar a quirófano, encontrándose la mayor variación con el uso de alprazolam en comparación con el uso de midazolam y el placebo; 24 horas después de la cirugía se volvió a valorar el estado ansioso encontrando que el 33% de los pacientes del grupo de midazolam presentaron amnesia del evento. Terminan estos autores mencionando que la administración de 0,5 mg de alprazolam es comparable con el tratamiento con 7,5 mg de midazolam en lo que hace referencia a la reducción de la ansiedad, a pesar de la amnesia que debe ser considerada con el tratamiento con midazolam.

Este estudio da beneficios al alprazolam en comparación con otros medicamentos, además corrobora lo encontrado en nuestra población en lo que respecta a los niveles de ansiedad y su reducción.

Otro estudio llevado a cabo por Ornaque y colaboradores 2000 <sup>(31)</sup> menciona que no se pudo determinar estadísticamente diferencias en la presencia de ansiedad entre las poblaciones de pacientes de las distintas especialidades quirúrgicas ( $p > 0,05$ ); además que en la sala de operaciones la frecuencia de ansiedad fue menor en los medicados con diazepam versus los pacientes que recibieron placebo.

Además demostraron que la presencia de ansiedad preoperatoria disminuyó significativamente en la población tratada con diazepam, aumentando la tensión arterial tanto sistólica como diastólica en pacientes urológicos. La frecuencia cardíaca no presentó variaciones significativas. A diferencia de lo encontrado en nuestro estudio donde se modificaron de manera significativa ( $p < 0,05$ ) en el post operatorio (con el uso de ansiolítico) la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria. <sup>(31)</sup>

En nuestra población de estudio, el uso de terapia ansiolítica parece ser una propuesta adecuada para protocolizar en los pacientes quirúrgicos, obviamente depende mucho de un adecuado diagnóstico pre-quirúrgico de ansiedad, de esta



manera con mucha seguridad los beneficios de la terapia se ajustaran a los deseados en los pacientes en el post-operatorio.

La terapia conjunta entre ansiolíticos y la información recibida en nuestra población de estudio no resulto ser beneficiosa ( $p > 0,05$ ); sin embargo en la práctica es evidente que mientras más alternativas de tratamiento de la ansiedad se integren para la aplicación, será más beneficioso para la población ansiosa; en algunas instituciones es común tratar a toda costa de evitar la pre medicación ansiolítica; sin embargo a medida que avanzan los estudios se demuestra un beneficio para el paciente y su familia de esta terapia, y según nuestro estudio el alprazolam parece ser una buena opción al momento de tratar la ansiedad en pacientes que serán sometidos a cirugía electiva.

## CAPITULO VII

### 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- La reducción en la frecuencia de ansiedad con el uso de la pre medicación ansiolítica fue estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) de un 100% inicial hasta un 18,4% en el post operatorio; cuantitativamente los puntajes de ansiedad disminuyeron en promedio 2,68 puntos ( $t 16,71$ ).
- Los factores que se vieron modificados por la terapia también fueron: el dolor severo, que no se presentó en los pacientes tratados con alprazolam en el post operatorio, la frecuencia cardiaca con una variación de al menos 3,14 (en promedio) y un valor de  $p=0,00$ ; otra modificación significativa fue la de la frecuencia respiratoria con valor de  $p=0,031$ .
- Según los grupos de análisis, los pacientes que más resultaron beneficiados con la terapia fueron los que tenían edades entre los 30 años o menos con un 5,9% de ansiedad post quirúrgica; las mujeres con 16,4%; los solteros 8,7%; los pacientes con nivel de instrucción superior 10%. Aunque solo la variable edad presentó un nivel significativo  $p < 0,05$ .
- El antecedente de cirugía previa se asoció con la ansiedad en el post quirúrgico ( $p=0,03$ ), no así el haber recibido información sobre el procedimiento ni el tipo de cirugía.

#### 7.2 RECOMENDACIONES

- Considerar el diagnóstico de ansiedad en el pre quirúrgico en todos los pacientes, y se puede recomendar el cuestionario STAI, pues ha demostrado ser de utilidad.





- La terapia ansiolítica como pre medicación se recomienda ante un paciente con diagnóstico de ansiedad, pues los beneficios en la reducción de niveles de ansiedad y en el dolor, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria han sido evaluados; sin embargo cada caso de ser individualizado y para este fin se debe contar con personal especializado para el tratamiento integral.
- Plantear nuevas investigaciones, sobre todo para evaluar los efectos secundarios del tratamiento con benzodiacepinas, y poder contribuir de mejor manera para la protocolización de estos medicamentos.
- Socializar los resultados de este estudio en la población científica.

## CAPITULO VIII

### 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gordillo F, Arana J, Mestas L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. Rev Clin Med Fam vol.4 no.3 Albacete oct. 2011. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2011000300008&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2011000300008&script=sci_arttext)
2. Martín M, Caravantes M, García J, et al. Efecto de la intervención enfermera durante el intraoperatorio en el grado de ansiedad del paciente quirúrgico en el Hospital Comarcal Virgen de Altagracia de Manzanares (Ciudad Real). Nure Investigación, N 30, Septiembre-Octubre 07. Disponible en: [http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/INV\\_NURE/pdf\\_proyecto\\_30\\_aniedad1172007113628.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/pdf_proyecto_30_aniedad1172007113628.pdf)
3. Barrilero J, Casero J, Cebrián F, et al. Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. Universidad de Castilla La mancha. Disponible en: <https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%208/ansicirug.htm>
4. Navas M. Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio y postoperatorio inmediato, y factores de riesgo. Cuidando la salud: revista científica de enfermería, ISSN 1696-1005, N°. 8, 2008 , págs. 36-51. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3095969>
5. Robleda G, Sillero A, Puig T, et al. Influencia del estado emocional pre quirúrgico en el dolor postoperatorio tras cirugía ortopédica y traumatológica. Artículo original. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/es\\_0104-1169-rlae-22-05-00785.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/es_0104-1169-rlae-22-05-00785.pdf)
6. Pérez R, Martín M, Quiñones M. Influencia de la ansiedad prequirúrgica en la evolución de la cirugía de las várices. Rev Cubana Angiol y Cir Vasc 2000; 1(2) : 95-100. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=7106&id\\_seccion=794&id\\_ejemplar=753&id\\_revista=55](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=7106&id_seccion=794&id_ejemplar=753&id_revista=55)



7. Orellana F. Prevalencia de ansiedad y factores asociados en pacientes que recibirán anestesia para una intervención quirúrgica. Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, 2014. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Centro de Posgrados. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21269/1/TESIS.pdf>
8. Escamilla M. El estrés pre operatorio y la ansiedad pueden demorar la recuperación. Universidad Javeriana. 2005. Disponible en: [http://www.susmedicos.com/art\\_estres\\_preoperatorio.htm](http://www.susmedicos.com/art_estres_preoperatorio.htm)
9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Prioridades de investigación en salud, 2013-2017. Disponible en: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PRIORIDADES\\_INVESTIGACION\\_SALUD2013-2017.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017.pdf)
10. Grupo de Trabajo de la guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid. Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_430\\_Ansiedad\\_Lain\\_Entr\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf)
11. Méndez C et al. Psychosocial characteristics after acute myocardial infarction: the ENRICH pilot study. Enhancing recovery in coronary heart disease. Journal cardiopulmonary rehabilitation. 2001;21(6):353-62
12. Portales Médicos. Aproximación sobre el afrontamiento del paciente ante la enfermedad cardiovascular. 2009. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/afrontamiento-paciente-enfermedad-cardiovascular/>
13. Ibarra A, Llanos I. Cuidados de pacientes pediátricos pre quirúrgicos. Capítulo 16. Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales. 2014. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo16/capitulo16.htm>
14. Gorenstein A. Psicoprofilaxis quirúrgica, un aliado para enfrentar los miedos al quirófano. Argentina 2013. Disponible en: <http://alejandrogorenstein.com.ar/2013/09/17/psicoprofilaxis-quirurgica-un-aliado-para-enfrentar-los-miedos-al-quiroyano/>
15. Garcés C. "Factores estresantes frente al proceso pre quirúrgico que generan niveles de ansiedad en los pacientes inmovilizados del área de traumatología del HCAM" UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR. FACULTAD DE CIENCIAS



PSICOLÓGICAS. CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA. 2011. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1563/1/T-UCE-0007-30.pdf>

16. Curto V, Gómez S, López V, et al. Factores ambientales estresantes en el quirófano de urología. Asociación Española de Enfermería en Urología. Num 119. Julio Agosto Septiembre 2011. Disponible en: <http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CC4QFjAC&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3724055.pdf&ei=d8D8VPvXLqW1sQSj-4LoDg&usg=AFQjCNF4F-m3OhT TE3VulKn7ZftLlg2JA&bvm=bv.87611401,d.cWc>

17. Castro F, Prado M, Zurita J. Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes ASA i-II sometidos a Cirugía, en el HG1 de Quito en el periodo de Febrero a Abril del 2010. Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas. Instituto Superior de Postgrado. Quito 2012. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/628/1/T-UCE-0006-20.pdf>

18. Naranjo K, Salazar K. Comparación del nivel de ansiedad en los pacientes de cirugía programada mediante la aplicación de la escala de ansiedad e información preoperatoria de Ámsterdam realizada en la visita pre anestésica y comparada con un grupo control en los Hospitales Eugenio Espejo y Clínicas Pichincha Marzo Octubre 2012. Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas. Instituto Superior de Postgrado. Quito 2012. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1113/1/T-UCE-0006-39.pdf>

19. León A, Salazar C. Valoración psicológica perioperatoria en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. Rev. costarric. cardiol vol.9 n.3 San José Sep. 2007. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-41422007000300003](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422007000300003)

20. Rojas C, Brante M, Miranda E, et al. Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y auto concepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica. Rev. méd. Chile vol.139 no.5 Santiago mayo 2011. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872011000500002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000500002)

21. Groot I, Boeke S, Van Den Berge H, et al. La Influencia de las Variables Psicológicas sobre la Ansiedad Posoperatoria y las Dolencias Físicas en Pacientes Sometidos a Cirugía Lumbar. Pain, vol. 69, 19-25, 1997. Disponible en: <http://www.bago.com/bago/bagoarg/biblio/cirug13web.htm>

22. Cardoso M, Ramos M, Torres A, et al. Nivel de ansiedad y recuperación postoperatoria. Revista Psiquiatría. Vol 10, No 3 (2006). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/view/505/>



23. Rojas M, Azevedo D. Estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá, Cumana, Venezuela. Saber vol.25 no.3 Cumaná set. 2013. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1315-01622013000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1315-01622013000300006&script=sci_arttext)
24. Castro C, Alberdi J. Ansiedad generalizada en adultos .Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Servicio Galego de Saúde. A Coruña. España. 2013. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/ansiedad-generalizada/>
25. Fonseca E, Paino M, Sierra S, et al. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) en universitarios). Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 20, Nº 3, 2012, pp. 547-561. Disponible en: <http://www.p3-info.es/PDF/PropiedadespsicomeetricasdelSTAI.pdf>
26. Guillén A, Buela G. Metaanálisis de comparación de grupos y metaanálisis de generalización de la fiabilidad del cuestionario State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Rev. Esp. Salud Publica vol.88 no.1 Madrid ene.-feb. 2014. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272014000100007&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272014000100007&script=sci_arttext)
27. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. State-Trait Anxiety Inventory. 2015. Disponible en: <http://elpsicoasesor.com/stai-escala-de-ansiedad/>
28. López A, Aroche A, Bestard J, et al. Uso y abuso de las benzodiacepinas. Clínica Estomatológica "José Luis Tassende". Avenida de los Libertadores y Paseo Martí, Santiago de Cuba, Cuba. 2010. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_14\\_4\\_10/san17410.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_4_10/san17410.htm)
29. Smith A, Pittaway A. Premedicación para la ansiedad en la cirugía ambulatoria en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
30. De Witte J, Alegret C, et al. La Administración Prequirúrgica de Alprazolam Reduce la Ansiedad en Pacientes Quirúrgicos Ambulatorios: Comparación con el Midazolam Oral. Anesthesia & Analgesia 95:1601-1606, 2002. Disponible en: <http://www.bago.com/bago/bagoarg/biblio/tra33web.htm>
31. Ornaque I, Carrero E, Villalonga A, et al. Estudio de la ansiedad prequirúrgica en cirugía urológica, ginecológica y oftálmica en relación con la administración o no de premedicación ansiolítica. Artículo original. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim.



2000; 47: 151-156. Disponible en:  
[https://www.sedar.es/vieja/restringido/2000/abril/estudio\\_ansiedad.htm](https://www.sedar.es/vieja/restringido/2000/abril/estudio_ansiedad.htm)

## CAPITULO IX

### 9. ANEXOS

#### 9.1 Consentimiento informado

##### UNIVERSIDAD DE CUENCA

##### POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL

##### **“IMPACTO DE LA TERAPIA ANSIOLÍTICA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2014”**

Yo, Johnny Amilcar Tapia Guidiño con CI: 1002251344, estudiante del posgrado de cirugía general de la Universidad de Cuenca, le invito a participar del estudio para la obtención de la tesis de especialista llamado **“IMPACTO DE LA TERAPIA ANSIOLÍTICA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2014”**

El presente estudio tiene por objetivo comparar si es que el uso de terapia ansiolítica disminuye la incidencia de ansiedad en pacientes quirúrgicos del hospital Vicente Corral Moscoso además de determinar las características clínicas del grupo de estudio: edad, sexo, tipo de cirugía, dolor, y signos vitales en todo el grupo de estudio; y también comparar los hallazgos clínicos encontrados en estos dos grupos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Los datos de este estudio se obtendrán mediante un formulario diseñado para el mismo. Asimismo el investigador me ha explicado los riesgos en el presente trabajo los cuales no son graves para mi salud y que los datos de este estudio son de tipo anónimo y confidencial y de acceso solo para el investigador; no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación y autorizo a realizar dichos procedimientos y la publicación de los resultados.



Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

De antemano, muy agradecido por su participación.

Yo....., con domicilio en ..... en pleno uso de mis facultades mentales, me ofrezco a participar en el estudio, previo consentimiento de los beneficios y riesgo que este acarrea.

.....

.....

**FIRMA DEL ENCUESTADO**

**FIRMA DEL INVESTIGADOR**

## 9.2 Formulario de recolección de datos

HISTORIA CLINICA:

FECHA DE INTERVENCIÓN:

EDAD:

SEXO:            HOMBRE            MUJER

FECHA DE NACIMIENTO:

DIAGNÓSTICO:

MEDICACIÓN HABITUAL:

ANSIOLÍTICOS      ANTIDEPRESIVOS      ANTIPSICÓTICOS  
NINGUNO

ESTADO CIVIL:            SOLTERO            CASADO/PAREJA  
VIUDO

NIVEL DE ESTUDIOS:            NINGUNO            PRIMARIOS  
SECUNDARIOS

SUPERIORES

¿HA TENIDO INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ANTERIORES?

SI            NO

¿SABE QUÉ ANESTESIA SE LE VA A ADMINISTRAR?            SI            NO

¿CONOCE MÁS O MENOS TODO LO RELACIONADO CON LA INTERVENCIÓN QUE SE LE VA A REALIZAR? EN OTRAS PALABRAS,

¿ESTÁ BIEN INFORMADO?            SI            NO            TIENE DUDAS



¿SE CONSIDERA UNA PERSONA NERVIOSA? SI NO

¿HA TENIDO QUE TOMAR ALGUNA VEZ MEDICACIÓN PORQUE SE  
ENCONTRABA MUY NERVIOSO? SI NO

### 9.3 CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO - RASGO

#### STAI

##### AUTOEVALUACIÓN A (E/R)

A / E	P D = 30	+	—	==
A / R	P D = 21	+	—	==

Nombres.....Edad.....

Sexo:..... Estado Civil.....

Instrucción.....

Ocupación.....Fecha.....  
.....

#### A-E

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como SE SIENTE Ud. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas ni malas ni buenas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado.....	0	1	2	3
2. Me siento seguro.....	0	1	2	3
3. Estoy tenso.....	0	1	2	3
4. Estoy contrariado.....	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).....	0	1	2	3
6. Me siento alterado. ....	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.....	0	1	2	3
8. Me siento desgastado.....	0	1	2	3
9. Me siento angustiado.....	0	1	2	3
10. Me siento confortable.....	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo.....	0	1	2	3
12. Me siento nervioso.....	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado.....	0	1	2	3
14. Me siento muy atado (como oprimido) .....	0	1	2	3
15. Estoy relajado.....	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho.....	0	1	2	3
17. Estoy preocupado.....	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.....	0	1	2	3





19. Me siento alegre..... 0 1 2 3  
20. En este momento me siento bien..... 0 1 2 3

**COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA**

Ahora vuelva la hoja, y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases



Autor: C.D. Spielberger.

Copyright © 1988 by Consulting Psychologists Press, Inc. (Palo Alto, California, U.S.A.).

Copyright © 1982 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano, Logroño, 15 dpdo.; 28002 MADRID - Depósito legal: M - 35805 - 1988.

**A-R****INSTRUCCIONES**

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como SE SIENTE Vd. EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas ni buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se sienta Vd. Generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien.....		2	3	
22. Me canso rápidamente.....	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar.....	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros.....	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.....	0	1	2	3
26. Me siento descansado.....	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.....	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.....	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	0	1	2	3
30. Soy feliz.....	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.....	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo.....	0	1	2	3
33. Me siento seguro.....	0	1	2	3
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades.....	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico).....	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho.....	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.....	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los engaños que no puedo olvidarlos.....	0	1	2	3
39. Soy una persona estable.....	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.....	0	1	2	3

**COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA**

#### 9.4 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el ingreso al hospital	Años de vida.	Años	Numérica
Sexo	Es la característica fenotípica externa de cada paciente	Caracteres sexuales secundarios	Fenotipo	Nominal Masculino Femenino
Estado civil	Condición ante la ley de relación con la pareja.	Legal	Cedula de identidad	Nominal Soltero Casado Unión libre Divorciado
Nivel de estudios	Grado académico alcanzado.	Educativa	Cedula de identidad	Primaria Secundaria Superior Ninguno
Tipo de cirugía	Procedimiento quirúrgico realizado en el paciente.	Cualitativa	Protocolo operatorio	Nominal Abdominal Traumatológica Urológica Neurocirugía
Ansiedad	Anticipación de peligros futuros	Cualitativa	Cuestionario STAI	Presente Ausente



	indefinibles e impredecibles			
Dolor	Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo; es el resultado de una excitación o estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas especializadas	Subjetiva	Historia clínica	Niveles del dolor según escala EVA.
Signos vitales	Mediciones básicas del cuerpo que se pueden valorar de forma objetiva.	Objetiva	Historia clínica	Cuantitativa: TA FR FC Temperatura
Cirugías previas	Antecedente de haber sido sometido a una cirugía diferente a la actual	Histórica	Historia clínica	Nominal Si No
Información sobre la cirugía	Percepción del paciente sobre la calidad y cantidad de información que ha recibido sobre la cirugía.	Subjetiva	Formulario	Nominal Si No
Estancia hospitalaria	Periodo de tiempo entre el ingreso hasta el alta hospitalaria	Temporal	Historia clínica	Cuantitativa

